2 结果

本组 3 例高龄患者术后并发心肺功能不全,4 例手术切口裂开,经积极治疗先后治愈,故总治愈率为 100%,并发症发生率为 38.9%。

3 讨论

外阴癌使女性患者受到疾病的折磨、自我形象的紊乱和生命的威胁。临床上采用手术切除肿瘤,术后辅以化疗治疗是行之有效的方法。由于外阴癌手术范围广、创伤大,并且全麻易出现各种并发症,如沉积性肺炎、压疮、下肢深静脉血栓形成等,给患者生命及生活质量造成较大威胁。因此,要求护理人员根据临床检查报告和化验结果对患者认真进行评估,做好充分的术前准备,对术中和术后存在的风险也应有足够的认识。通过对本组资料的总结,我们护士加强围手术期护理对外阴癌手术切除患者至关重要。特别是随着医院护理工作模式的转变,以"患者为中心"已经成为护理工作的内涵,不断增强护士的责任感,患者得到了连续、全程优质的护理服务,顺利地度过手术关。本组有 3 例高龄患者术后并发心肺功能不全、4 例切口裂开,后经医护人员积极治疗相继治愈,说明了护士根据患者的病情和身体状况,制定详尽的护理计划并采取预见性的护理的重要性。护士不但要有精深的专科理论和技能,更要具备敏锐观察病情变化及早期症状体征的知识和能力,当患者病情发生变化时能密切配合医生及时、准确地治疗,有效合理的护理措施,能保证围手术期患者的安全及顺利康复[4]。

综上所述,对外阴癌或其他手术的患者加强围手术期整体护理是彻底改变了过去"以疾病为中心"的护理模式,体现了"以患者为中心"的护理价值,是一种系统化、个性化、科学化并且行之有效的护理方法,也是护理人员继续研究的方向,为了适应医学模式的转变为患者提供更优质的服务,需要我们在护理实践中不懈地努力和探索。

[参考资料]

[1] 曾雪涛,温德树,卢叶玲,等. 尤瑞克林治疗急性进展性脑梗死的疗效观察及护理[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(6):24.

[2] 马 丽. 人性化护理的实施与效果分析[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(2):69-70.

[3] 李秀华,李恩山,马爱青. 蓝色橡皮-大疱性痣综合症的围手术期护理[J]. 中华护理杂志,2012,4(5):398-399.

[4] 姜所珍. 大肾癌根治术患者围手术期护理[J]. 中国实用护理杂志,2013,27(27):44.

(编辑:杨 颖)

品质圈管理模式在术中压疮预防中的应用

Application of quality management mode in prevention of pressure sores during surgery

苏露露,简 丹,尹亚楠 (南京军区南京总医院麻醉科,江苏 南京 210002)

[**摘 要**] **目的** 探讨品质圈管理模式对术中压疮的预防效果。**方法** 选取我院实行品质圈管理模式期间行骨科手术的压疮高危患者 295 例作为观察组,实行品质圈管理模式前行骨科手术的压疮高危患者 267 例作为对照组,对手术室护士压疮相关知识的掌握情况、患者压疮的发生情况及护理满意度进行对比分析。**结果** 观察组手术室护士压疮相关知识的掌握情况、患者压疮的发生情况及护理满意度均明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对术中压疮患者实行品质圈管理模式,针对高危压疮患者采取护理预防措施,能够有效降低术中压疮的发生率,提高手术室护理质量。

[**关键词**] 压疮;品质圈管理模式;手术室

[**中图分类号**] R473.6 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2015)06-0675-03

压疮是指由于身体局部组织长期受压,血液循环障碍,局部组织持续缺血、缺氧,营养缺乏,致使皮肤失去正常功能,引起组织破损和坏死[1]。有研究显示,23% 的院内压疮与手术有关[2]。品质圈管理模式起源于美国 Deming 教授的科学管理程序,遵循"PDCA"循环过程[3],应用于临床护理工作中,对解决术中护理的难题,改善护理质量,提高护理满意度具有重要意义。为规范手术患者护理程序,减少术中压疮的发生率,为临床护理提供理论依据,现对我院进行骨科手术的 295 例压疮高危患者采用品质圈护理模式进行护理干预,取得了满意的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2013 年 6 月至 2014 年 6 月(实行品质圈管理模式期间)于我院行骨科手术的 295 例压疮高危患者作为观察组,其中男 182 例,女 113 例;年龄 53~86 岁,平均(71.75±9.47)岁;BMI 19.58~25.62 kg/m^2,平均(23.42±1.33)kg/m^2;体温 35.5~37.5 ℃,平均(36.47±0.61)℃。选择 2012 年 6 月至 2013 年

doi:10.11659/jjssx.05E015044

[**通讯作者**] 简 丹,E-mail:992533544@qq.com

[**收稿日期**] 2015-07-19 [**修回日期**] 2015-08-28

6 月(实行品质圈管理模式前)于我院行骨科手术的 267 例压疮高危患者作为对照组,其中男 145 例,女 122 例;年龄 51 ~ 89 岁,平均(72.38 ± 10.04)岁;BMI 19.24 ~ 26.15 kg/m^2,平均(23.46 ± 1.29) kg/m^2;体温 35.8 ~ 37.5 ℃,平均(36.51 ± 0.60)℃。入选标准:年龄大于 50 岁;手术时间超过 4 h;术前没有压疮;躯体活动受限或肥胖等。2 组患者年龄、性别、体质量及体温等一般情况比较,差异无统计学意义(P > 0.05),具有可比性。

1.2 方法

对照组采用传统手术方法(这里不再重复),观察组的护理方法如下。

1.2.1 术前处理 对手术室护士进行术中压疮理论知识的培训:①术中压疮的危险因素及预防护理措施;②压疮的分级和治疗方案;③相关量表的正确评估(手术室压疮风险评估单、手术患者交接单、术中引压疮登记本、护理记录单、安全核查单)。术前 1 d 访视组护士访视手术患者并详细评估患者压疮风险。查看患者年龄、营养状况及肢体活动度,询问吸烟、饮酒史,填写 Braden 评分量表(表 1),其中评分低于 9 分为极度危险,10 ~ 12 分为高度危险,13 ~ 14 分为中度危险,15 ~ 18 分为轻度危险。根据预计手术时间、手术体位及麻醉方式对患者进行评估,并填写手术压疮风险评估单。访视组对患者及家属进行宣教,告知术中压疮风险及处理方法,并签署知情同意书。由访视组护士与巡回护士做好第 2 天手术患者的交接班。

表 1 Braden 评分量表

评分内容	1 分	2 分	3 分	4 分
感知	完全受限	极度受限	轻度受限	没有改变
潮湿	持久潮湿	非常潮湿	偶尔潮湿	很少潮湿
活动方式	完全卧床	局限于椅	偶尔步行	经常步行
活动能力	完全受限	极度受限	轻度受限	不受限
营养	重度摄入不足	可能摄入不足	摄入适当	摄入良好
摩擦力和剪切力	已成为问题	有潜在问题	无明显问题	

1.2.2 术中护理 手术室护士仔细核对患者资料,测量患者体温,查看患者受压皮肤情况(弹性、湿度、缺损程度、皮疹等)。控制室内温度 22 ~ 24 ℃,并加盖护肩垫及毛毯,如有必要可使用温毯。术中输血、输液及冲洗创口需适当加温。保证手术床单、无菌单平整,减少患者所受摩擦力。根据手术操作需要,使患者保持符合解剖和生理耐受的体位,保证患者与病床全方位接触。根据手术体位,选择合适的体位垫、衬垫物及减压辅料,以分散躯体各部位所受的压力,若床单、无菌单及减压垫潮湿需立即更换。骨突部位贴减压贴或涂抹甘油,避免皮肤损伤。术中移动患者应提起无菌单,不能直接拉拽患者肢体,避免形成剪切力[4-5]。术中手术室护士需实时关注受压皮肤状况,并及时采取减压措施。护士长应做好督查工作,重点关注新聘、轮转、业务能力或责任心有欠缺等高风险护士和术中压疮高危患者。术后查看患者受压部位皮肤,填写手术护理记录单、安全核查单及术中压疮登记本。

1.2.3 压疮上报 患者出现术中压疮,手术室护士需在第一时间向手术医生、护士长及伤口护理小组组长报告,并由护士长通过院内网络上报压疮指导组,与病房或 PACU 责任护士做好交接。24 h 内上报护理部。病房护士针对压疮评估准确性、术中护理情况、压疮上报情况、交接班时间及清晰性 5 个方面进行评价。

1.2.4 术后随访 术后及时对压疮患者进行回访,观察并真实记录压疮恢复情况。及时与患者及家属沟通,耐心解答患者疑问,避免护患纠纷。由护士长或护理小组组长定期组织病例讨论,学习压疮相关知识及处理办法。

1.3 评价标准

根据美国国家压疮咨询委员会(NPUAP)于 2007 年颁布的《压疮分级指南》及 2010 年颁布的《压疮防治快速指南》设计压疮相关知识调查问卷,总分 100 分,包括压疮的定义(10 分)、分期(10 分)、危险因素(20 分)预防(20 分)及处理措施(40 分)等五部分内容;根据 NPUAP 于 2007 年颁布的《压疮分级指南》对患者术中压疮发生情况进行评价;本院自行设计针对患者对围手术期的健康教育、服务态度、护理操作和整体印象 4 个部分内容,分别设计 4 套满意度调查问卷,满分均为 100 分,80 分以上为满意,80 分以下为不满意;本院根据术前访视的落实性、压疮评估的准确性、处理措施的正确性及交接班的清晰性 4 个项目自行设计病房护士满意度调查问卷,满分为 100 分,80 分以上为满意,80 分以下为不满意。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析,计量资料采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间差异采用 t 检验,计数资料采用率(%)表示,采用 χ^2 检验,P < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 手术室护士对压疮相关知识掌握情况比较

对手术室护士 216 人(观察组 118 人,对照组 98 人)对压疮相关知识掌握情况进行统计,见表 2。由表中数据可以看出,品质圈管理模式应用后,观察组护士对压疮相关知识的掌握程度明显提高,与对照组比较,差异具有统计学意义(P < 0.05)。品质圈管理的应用能够有效提高手术室护士对压疮的认识,减少危险因素,便于对术中压疮的预防和及时处理。

表 2 手术室护士对压疮相关知识掌握情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	定义	分期	危险因素	预防	处理	总分
观察组护士	118	9.02 ± 0.36	9.15 ± 0.39	17.86 ± 0.72	18.15 ± 0.65	36.58 ± 0.54	90.76 ± 0.51
对照组护士	98	8.13 ± 0.42	7.26 ± 0.47	15.37 ± 0.85	16.53 ± 0.59	32.79 ± 0.86	80.08 ± 0.63
χ^2		16.53	31.75	22.96	19.18	37.87	135.05
P		0.033	0.010	0.013	0.018	0.009	0.005

2.2 2 组患者 NPUAP 分期比较

患者 NPUAP 分期的比较见表 3。可见观察组患者压疮发生率及程度均明显低于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$)。术后观察组患者 4 例受压部位皮肤硬结,6 例受压部位压红;对照组患者 7 例受压部位皮肤硬结,5 例受压部位压红,3 例术后 6 h 出现水疱,1 例术后 1 d 出现皮肤破损。

2.3 患者满意度比较

2 组患者满意度的比较见表 4,观察组患者满意度明显高于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 2 组患者 NPUAP 分期比较[例(%)]

组别	n	可疑深部组织损伤	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	难以分期	总发生率(%)
观察组患者	295	15(5.08)	2(0.68)	1(0.34)	0(0)	0(0)	0(0)	6.10
对照组患者	267	32(11.99)	9(3.37)	3(1.12)	1(0.37)	0(0)	0(0)	16.85
χ^2								16.28
P								0.000

表 4 患者满意度比较[例(%)]

组别	n	健康教育	服务态度	护理操作	整体印象
观察组患者	295	286(96.95)	244(82.71)	264(89.49)	267(90.51)
对照组患者	267	211(79.03)	206(77.15)	224(83.89)	218(81.65)
χ^2		44.02	2.71	3.84	9.31
P		0.000	0.842	0.018	0.020

2.4 病房护士满意情况

采用问卷形式对病房护士的护理情况进行满意度调查,观察组 118 位护士对应 295 例患者(每例患者 4 名护理人员),共计 1 180 份满意度调查表,满意率为 82.71%;而对照组 98 位护士对应 267 例患者,共计 1 068 份满意度调查表,满意率为 69.19%。观察组病房护士满意率明显高于对照组,差异具有统计学意义,$P<0.05$。

3 讨论

骨科疾病患者多活动受限,长期卧床,组织长期受压、营养紊乱,导致血液循环障碍,局部组织缺血严重,最终受压部位皮肤出现压疮,尤其是瘫痪患者最为常见,严重影响患者的生活质量[6]。术中压疮也称为体位性压疮,指患者在术后几小时至6 d 内发生的压疮,手术患者也是发生压疮的高危人群,发生率 5% ~66%[7]。手术体位、手术时间、麻醉因素、术中应激及术中体温变化等因素均是术中压疮的危险因素[8]。我院于 2013 年实行品质圈管理模式,建立护理部伤口护理小组 - 手术室护士长、伤口护理小组组长——手术室护士的三级管理结构。各结构人员从各自职责出发,学习术中压疮的危险因素、掌握术中压疮的预防及处理措施,强化自身的主动服务意识和责任感。以 Braden 量表为基础,设计手术室压疮风险评估单配合手术患者交接单、术中压疮登记本、护理记录单和安全核查单,不仅规范品质圈管理流程,而且减少文字描述,加快交接和上报的速度。由于各层结构间为垂直管理,护理部或手术室护士长可对护理人员进行实时监督,完善护理工作;而护理人员遇到难以解决的问题可在短时间内咨询护理部专家等相关人员,尽快解决问题,从而形成良好的“PDCA”循环[9]。

我院实行品质圈管理模式前没有健全的伤口护理组织构架,缺乏完整的皮肤管理流程,导致术中压疮的预防措施不足,常常出现漏报、瞒报等现象。并且部分手术室护士对术中压疮的处理措施不正确,导致患者症状加重,给后期治疗和护理带来诸多不便。本次研究中,手术室护士采用品质圈管理模式后,手术室护士对压疮相关知识的掌握更加全面,明显优于对照组护士。观察组患者仅有 3 例确诊为Ⅰ、Ⅱ期压疮,没有Ⅲ期及以上压疮出现,压疮发生率明显低于对照组患者。随着患者及其家属的法律意识不断提高,医护患关系的紧张,规范的护理文书,有利于避免不必要的纠纷[10]。我院品质权管理应用“五单一致”的上报模式,清晰记录了患者从术前评估到术后核查的各阶段情况,不仅提高了病房护士的满意度,也得到了患者及家属的认同。

综上所述,通过对术中压疮患者实行品质圈管理模式,针对高危压疮患者采取护理预防措施,不仅有效避免以前存在的诸多问题,并且能够有效降低术中压疮的发生率,提高手术室护理质量,提高手术患者、家属及病房交接护士的护理满意度。

[参考文献]

[1] 陈云超,唐晓娟. 手术中压疮高危因素分析及防护进展[J]. 护士进修杂志,2010,25(15):1358 - 1359.

[2] 方 斐,冯新玮,黄 静. 手术室护士对术中压疮的认知及防范意识的调查[J]. 护理研究,2013,27(4):887 - 889.

[3] 冯予红,曹岳蓉. 品质圈管理模式在临床预防压疮动态管理中的运用[J]. 护理实践与研究,2013,10(10):89 - 91.

[4] 骆珠琴,彭玉兰,王岸冰,等. 综合护理干预减少全髋关节置换术患者术中压疮的效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2015,36(8):1229 - 1230.

[5] 徐绍萍,刘婷婷,伍晓玲,等. 护理风险管理在预防呼吸监护室病人压疮中的应用[J]. 局解手术学杂志,2010,19(5):438.

[6] 杨永辉,李福宣. 全髋置换高龄患者术中难免压疮的成因及护理干预[J]. 临床护理杂志,2011,10(3):46 - 48.

[7] 张秀平,张兰梅,仁杰平. 术中压疮护理单在手术室压疮高危患者护理中的应用[J]. 护理研究,2013,27(7):2237 - 2238.

[8] 杜心平. 术中急性压疮相关因素研究进展[J]. 天津护理,2010,18(5):305 - 307.

[9] 侯 玮. 品质圈活动在降低长期卧床患者压疮发生率中的应用[J]. 中国医药指南,2013,11(18):779 - 781.

[10] 蒋琪霞. 压疮预防护理中存在的问题分析及对策研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2010,16(7):855 - 857.

(编辑:周小林)